FACULTATEA DE MEDICINĂ DIN BUCUREȘTI

No. 1826

MANIFESTATIUNILE OCULARE

— ALE —

SCLEROZEI IN PLĂCI

TEZĂ

PENTRU

DOCTORAT IN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE

Prezentată și susținută la ..... Mai 1922

— DE —

TEODOR V. TURTUREANU

PIATRA-N.

IMPRIMERIA JUDETULUI NEAMTU

— 1922 —

FACULTATEA DE MEDICINĂ DIN BUCUREȘTI

No. 1826

MANIFESTAȚIUNILE OCULARE

— ALE —

SCLEROZEI IN PLĂCI

TEZĂ

PENTRU

DOCTORAT IN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE

Prezentată și susținută la..... Mai 1922

— DE —

TEODOR V. TURTUREANU

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

INSTITUTUL MEDICO FARMACEUTIC
BUCUREȘTI
BIBLIOTECA CENTRALĂ
Invent. Nr. 719726

PIATRA-N.
IMPRIMERIA JUDEȚULUI NEAMȚU
— 1922 —

FACULTATEA DE MEDICINĂ DIN BUCUREȘTI

Decan, D-nul prof. D-r IONESCU TOMA

PROFESORI TITULARI

Clinica II-a chirurgicală	D-l Dr. *Angelescu C.*
Chimia medicală	» » *Athanasescu N.*
Clinica chirugicală și ortopedie	» » *Bălăcescu I.*
Anatomie patologică Bacteriologi și patologie experimentală	» » *Babeș V.*
Medicina experimentală	» » *Cantacuzino I.*
Clinica ginecologică	» » *Daniil C.*
Clinica II-a medicală	» » *Danielopol D.*
Anatomia topografică II-a	» » *Gerota D.*
Farmacia chimică și galenică	» » *Georgescu M.*
Clinica și teoria obstetricală	» » *Ghiorghiu N.*
Anatomia topografică I-a Clinica I-a chirurgicală	» » *Ionescu Toma*
Clinica II-a medicală	» » *Ionescu D.*
Clinica III-a chirurgicală	» » *Juvara E.*
Clinica boalelor căilor urinare	» » *Jianu A.*
Farmacologia și materia medicală	» » *Lalu S.*
Clinica boalelor oto-rino laringologie	» » *Mețianu N.*
Clinica boalelor nervoase	» » *Marinescu Gh.*
Chimia analitică	» » *Minovici St*
Clinica infantilă	» » *Manicatide M.*
Igiena și poliția sanitară	» » *Mezincescu D.*
Medicina legală	» » *Minovici M.*
Oftalmologia și clinica oftalmologică	» » *Manolescu D.*
Clinica II-a medicală	» » *Nanu-Muscel I.*
Clinica dermatologică s sifiligrafică	» » *Nicolau St*
Clinica mintală	» » *Obregia Al*
Fiziologia umană	» » *Paulescu N.*
Patologia generală	» » *Proca Gh.*
Anatomia discriptivă și embriologia	» » *Rainer Fr*
Zoologia medicală	» » *Sihleanu St*
Botanica medicală	» » *Solacolu T.*
Patologia medicală	» » *Thomescu I Th.*
Terapeutica experimentală	» » *Theohari A.*
Analiza alimentelor și băuturilor	» » *Vintilescu I.*

PROFESORI AGREGAȚI

Istologia și istogeneza	» » *Besned St.*
Medicina operatoare	» » *Constantinescu C.*

— — JURIUL DE PROMOȚIUNE — —

Președinte, *D-l Prof. MANOLESCU D.*

Membri: D-l Prof. MARINESCU GH.
» Docent NOICA D.

Suplinitor: » » RĂSVAN N

Facultatea consideră opiniunile expuse în această lucrare ca proprii ale autorului și nu are a se exprima nici aprobare, nici desaprobare.

PREFAȚA

Dintre toate maladiile sistemului nervos, scleroza în plăci și tabesul sunt acelea cari dau cel mai însemnat procent de afecțiuni oculare ; în ceia ce privește manifestarea acestor afecțiuui în scleroza în plăci, ele sunt foarte puțin cunoscute-afară numai de Nistagmus.

Având ocaziunea de a fi pus în cunoștință cu două cazuri de scleroză in plăci cu manifestațiuni oculare destul de evidente mi-am propus de a face lucrarea mea inaugurală asupra acestei chestiuni,

Inainte însă de a începe desvoltarea subiectului, țin de a mea înaltă datorie să aduc mulțumiri respectuoase d-lui profesor Manolescu D. pentru încrederea ce mi-a arătat, luându mă sub conducerea D sale, pentru sprijinul și indemnul la muncă ce mi a dat, peotru onoarea ce-mi face prezidând lucrarea de față, îl asigur de nedintita mea recunoștință.

Țin să arăt recunoștința mea tuturor domnilor profesori ai acestei facultăți pentru munca ce au depus-o în interesul educației mele medicale.

Mulțumesc respectuos D lui docent doctor Noica, pentru bunăvoința ce a avut-o de a mă pune în contact cu un bolnav din clinica d-sale și pentru sfaturile ce a binevoit a mi le da.

Mulțumesc D-lui Docent Dr. Răsvan și D lui Medic secundar Burlănescu, pentru bună voința ce mi-au arătat în tot timpul cât am lucrat această teză.

Leziunea centrelor de care depinde scleroza în plăci a fost pentru prima dată descrisă de către Cruveilher de la 1835-1842 [1] de Carswell, Rokitanschy, Turck, Frerichs, [2] Rindfleisch [3] Valentiner şi Leyden [4] Leziunea anatomo-patologică este însă bine descrisă de către Charcot la 1868 [5].

In ceia ce priveşte partea oftalmologică primele noţiuni sunt în Germania. căpătate de la Gnauck [6] iar în Franţa Parinaud [7] şi Charcot [8] au insistat asupra leziunilor oculare în scleroza în plăci.

Uhtoff, care a studiat foarte mult această afecţiune, a reunit un mare număr de cazuri şi atât el cât şi elevii săi Lübbers, Kampherstein le au publicat în «Graefe-Samisch din 1904».

Asupra frecvenţei leziunilor oculare în scleroza în plăci, putem cita diferite statistici: ast-fel Frank [9] găseşte pe 71 bolnavi, 52 cu diferite leziuni oculare.

Brüns şi Stölting [10] pe 70 de cazuri cu sclerozâ în plăci, 21 aveau leziuni optice, deci cam 30%.

Uhtoff [11] dă un procent de 45%.

Oppenheim [12] în 20 de cazuri găseşte cam jumătate cu leziuni oculare.

---

1) J. Cruveilher, lecons sur les maladies du système nerveux 1835-1842

2) Frerichs, Haeser's Arch. 1849.

3) Rindfleich, wirsch. Arch. 1863.

4) Valentiner şi Leyden, Deutsch. Klin. 1856-63.

5) Z. M. Charcot, sur la sclérose en plaques disseminees. Gazette des Hopitaux 1868.

6) Gnauck, Ueber Augenstörungen bei multipler scleroze. Berl. Klin. Woch. p. 421 (Iahresbericht p. 376) 1884,

7) Parimaud, Arh. de neurologie 1883 şi progres medical No. 32 1884.

8) Charcot, Recuil d'oftalmologie, 1887 (Phènoménes oculaires dans la sclrèosa en plaques et dans l'ataxie.

9). Frank, ref Iahresber. f. ophth. 1903.

10). Brüns şi Stölting, Zeitschr. i. Augenheilk. 1900.

11). Uhtoff, Arch. f. Psych. u nerv. 1902.

12). Oppenheim. Berlin Klin. Wochenschr. 1887 No. 41,

Berger [1]) citează o statistică de 206 cazuri cu scleroză multiplă, dintre care 55 cu leziuni oculare.

Mackintosch [2]) găseşte pe 80 de cazuri, 12 cu atrofie a nervului optic, 4 cu diplopie şi cu nistagmus.

Terrien într'o comunicare la congresul societăţei de oftalmologie 9-12 Mai 1921 pe 200 de observaţiuni cu nevrite retro-bulbare, în 42 de cazuri nu a putut determina etiologia şi crede că e vorba de scleroza în plăci.

In comparaţie cu tabesul, unde se citează numai un procent de 13% de manifestaţiuni oculare, în scleroza în plăci ele sunt puţin numeroase, din cauză că aceasta din urmă este ea însă-şi o afecţiune relativ rară, ast-fel Peltesohn [3]) nu notează din 596 de cazuri cu leziuni oculare şi în special atrofie optice în diverse maladii, de cât numai 3 cazuri cu atrofie optică în scleroza în plăci.

Etiologia

Etiologia sclerozei în plăci până în prezent este încă necunoscută. Clèment, Pick, Pierre Marie cred că joacă un rol foarte important maladiile infecţioase de cari bolnavul a suferit mai înainte, în special variola şi febra tifoidă. Acest din urmă autor crede că procesul primitiv e de origină inflamatoare, având drept cauză un agent infecţios al unei maladii mai grave şi s-ar ivi fie la începutul maladiei, fie în covalescenţă, fie chiar după vindecare. Această părere e susţinută în Germania de către Wenicke, Redlich, Siemerling, Kölichen, Marburg etc,

Brüns şi Stölting cred ca fapt admisibil influenţa predispozantă a malariei. In ceia ce priveşte sifilisul, nu poate ca să fie admis, de oarece nu s-a găsit nici spirocheţi, nici Wasserman pozitiv şi nici din antece-

1). Berger, Iahresber. f. Psych. u. Neurol. XXV p. 168.

2) Mackintosch. Review. of. Neurol and Psych. 1903.

3). Peltesohn, Ursachen und Verlauf der Sehnervenartrophie, (centralbl. für Aug. X p. 87 1886).

dentele bolnavilor nu reesă că ar fi suferit de această maladie. Cu toate acestea Nonne declară că pe 17 cazuri de scleroză în plăci, la 3 reacţia Wasserman a fost pozitivă şi 1 s-a confirmat la autopsie.

In 1917, Septembrie Ph. Kuhn şi Gabriel Steiner au găsit în unele cazuri de scleroză în plăci şi anume în cele mai recente, un spirochet, vizibil la ultramicroscop, foarte fin, care ar avea o asemănare cú cei cari produc icterul emoragic. Acest spirochet s-a putut izola prin injecţiuni de sânge şi de licid cefalo rachidian de la indivizi bolnavi de scleroză în plăci la cobai şi la epuri.

D-l prof. Marinescu [1]) inoculând la cobai, cazuri mai vechi chiar de scleroză în plăci, a pus în evidenţă un spirochet cu mişcări foarte vii foarte diferit de cel al sifilisului.

După unii autori scleroza în plăci e mai frecventă la femei de cât la bărbaţi, ast-fel Brüns şi Stölting dau un procent de 70% femei şi numai 30% bărbaţi.

Uhtoff [2]) pe 100 cazuri găseşte 67 bărbaţi în etate de la

1	până	la	10	ani	. . .	4	cazuri
10	»	»	20	»	. . .	2	»
20	»	»	30	»	. . .	18	»
30	»	»	40	»	. .	22	»
40	»	»	50	»	. .	16	»
50	»	»	60	»	. .	4	»
60	»	»	70	»	. .	1	»

şi 33 femei în etate de la

1	până	la	10	ani	. .	2	cazuri
10	»	»	20	»	. .	4	»
20	»	»	30	»	. . .	9	»
30	»	»	40	»	. .	12	»
40	»	»	50	»	. .	3	»
50	»	»	60	»	. .	3	»

1). D-l prof. Marinescu. Etude sur l'origine et la nature de la sclérose en plaques. (Société de neurologie de Paris, 5 Mai 1919.

2). Uhtoff. Arch. f. Psych. u. nerv. XXI.

Kamphérstein [1]:

26 bărbaţi } 37 cazuri
11 femei }

în etate de 10—20 ani . . . 9 cazuri
20—30 » . . . 12 »
30—40 » . . . 8 »
40—50 » . . . 4 »
50—60 » . . . 3 »

Von Rad [2] citează 4 cazuri cu leziuni între 25 şi 42 ani.

Schlesinger [3] a observat un caz de scleroză în plăci la un copil de 7 ani.

Meins [4] la un copil de 13 ani.

Charcot zice că se desvoltă foarte rar după 30 ani.

Brüns şi Stölting nu au văzut ca o scleroză în plăci să înceapă mai înainte de 19 ani şi nici mai târziu de 35 ani, din care cauză Strümpell o consideră ca o maladie de desvoltare, fie că ar fi de origină congenitală, fie endogenă.

Simptomatologie

Simptomele oculare în scleroza în plăci se observă din partea muşchilor, a irisului şi a nervului optic.

Printre leziunile muşchilor ochiului în scleroză în plăci vom întâlni cele mai adesea ori: A. Paralizii sau mai ales parezii ale muşchilor ochiului şi B. Nistagmusul.

A. In scleroza în plăci Uhtoft dă un procent de 17% de paralizii oculare.

Caracterul lor în această maladie e că sunt parţiale, sunt uşoare încât de multe ori pot trece neobservate şi numai faptul că bolnavul are diplopie ne poate atrage atenţia; apar adesea la începutul maladiei, sunt apoi foarte transitorii şi dau feţei bolnavu-

1). Kampierstein. Arch. f. Augenheilk 1903.
2). Von Rad. Münch. med. Wochenschr. 1905.
3). Schlesinger- Iahresber. f. ophth. 1908.
4). Meins. Deutsche Zeitschr. f. Nevenheilk XII.

lui o privire particulară care-l face să aibă asemănarea cu ataxicul ereditar sau cu maladia lui Friedreich. Mişcările a căror leziune e mai frecventă sunt cele de lateralitate de la stânga la dreapta şi acelea de convergenţă pentru mică distanţă (Parinaud). Se prezintă sub formă de oftalmoplegie externă (paralizie a muşchilor externi ai ochiului) fiind atins mai cu deosebire oculomotor extern şi cel comun ast-fel:

Uhtoff [1]) pe 100 de cazuri de scleroză în plăci constată 3 cazuri de paralizie la un singur ochi din aceştia:

1 cu paralizia ridicătorului pleoapei şi dreptului superior.

1 cu paralizia dreptului intern şi

1 cu paralizia dreptului superior.

Kampherstein [2]) constată 9 cazuri cu manifestaţiuni oculare în scleroza în plăci din aceştia:

5 erau cu o paralizie a dreptului intern la un singur ochi.

1 cu o uşoară parezie a dreptului superior la ambii ochi şi 2 cu o paralizie a dreptului superior la un singur ochi.

Lübbers [3]) pe 11 cazuri a constatat 4, din acestia:

3 erau cu o uşoară paralizie a dreptului intern la ambii ochi şi

1 cu o uşoară pareză a dreptului superior la ochiul drept.

In ceia ce priveşte pareziile mişcărilor de asociaţie, asupra cărora Parinaud, printre cei dintăi a atras atenţia sunt relativ frecvente, ast-fel:

Uhtoff pe 100 de cazuri de scleroză în plăci găseşte 3 dintre cari:

1 cu pareza mişcărei dela dreapta la stânga.

1 cu pareza spre stânga şi

1 cu pareza mişcărei în sus şi cu o uşoară limitare în restul mişcărilor.

1). Uhtoff. Arch. f. Psych. u. Nerv. XXI 1 şi 2.

2). Kampherstein (loc. cit. pag. 8)

3). Lübbers. Inaug. Dissertation. Marburg 1897.

Kampherstein citează 11 cazuri dintre cari:
10 cu o limitare a mişcărilor de asociaţie şi
1 cu pareza mişcărei în sus şi cu o uşoară limitare în rest.

Lübbers din 11 cazuri citează 3.

Cu pareza convergenţei Uhtoff găseşte 3% iar Kampherstein citează 3 cazuri.

Consecinţa evidentă a paraliziilor oculare, când sunt suficient pronunţate, e producerea diplopiei, dar e o diplopie tranzitorie, ce nu survine de cât în unele poziţii ale privirei.

In cel de al II-lea caz al nostru bolnavul a prezentat o pareză a oculo motor extern drept — ochiul drept în strabism intern cu diplopie — care mai târziu a dispărut.

B. Nistagmusul.

Acesta este simptomul cel mai apreciabil în scleroza în plăci, consistând în oscilaţii rapide ale globului ocular, producându-se independent de voinţa bolnavului, având în general direcţia orizontală de la stânga la dreapta şi vice-versa.

Uhtoff citează 1 caz cu direcţia verticală.

Nistagmusul rezultă din cauza paraliziilor mişcărilor asociate. Mai accentuat când se provoacă o fixaţie, mai ales în unele direcţii la stânga sau la dreapta.

Uhtoff deosebeşte în aceste mişcări două varietăţi: *a*) nistagmusul adevărat, care ar fi sub dependinţa creerului sau al bulbului şi *b*) mişcări nistagmiforme, care ar rezulta dintr'o uşoară stare paretică diseminată în nervii musculaturei oculare. Se observă mai intens în poziţiile forţate.

Uhtoff a constatat pe 100 de cazuri de scleroză multiplă, 12 cu nistagmus şi 46 cu mişcări nistagmiforme, deci 58%.

Kampherstein pe 150 de cazuri de scleroză în plăci a constatat 22 cu nistagmus, 81 cu mişcări nistagmiforme.

Lübbers citează 6 cazuri cu nistagmus, 9 cu mişcări nistagmiforme.

Frank [1] dă un procent de 60%, cu nistagmus şi mişcări nistagmiforme.

Nu rare ori se pot întâlni cazuri în cari pe lângă nistagmus să putem observa şi leziuni fie din partea nervului optic, fie paralizii ale mişcărilor globului ocular ast-fel:

Camp şi Spiller [2] citează un caz unde pe lângă nistagmus se observă şi o atrofie a nervului optic.

Tregold în 1905 citează 3 cazuri de scleroză în plăci, cari pe lângă alte leziuni, aveau nistagmus, diplopie şi atrofia nervului optic.

In cazurile ce le prezintăm avem nistagmus însoţit de atrofie a nervului optic. In primul caz oscilaţie pendulară la dreapta, stânga şi în partea inferioară; rotatorie în partea superioară; în al II-lea nistagmus rotator la privirea laterală extremă mai ales la dreapta.

Irisul

Prezintă turburări foarte variate în acţiunea sa. Se constată uneori o uşoară inegalitate pupilară în primele manifestaţiuni ale maladiei, observându se mai bine în stare de repaus şi dispărând când irisul se contractă. După Parinaud, reflexele sunt conservate atât la lumină cât şi la acomodaţie. Se observă de asemenea şi miosis.

Uhtoff citează 11% dintre cazuri cari prezentau turburări pupilare. El găseşte pe 100 cazuri:

1). o. 75 % din cazuri prezentau o scădere a reacţiei pupilare la lumină cu miosis.

2). o. 75 % din cazuri prezentau inegalitate pupilară cu păstrarea reflexului la lumină.

3). 5 % cu un miosis foarte pronunţat cu o menţinere slabă a reacţiei la lumină şi convergenţă.

---

1). Franek. ref. Iahresber. f. opht. 1903.

2). Spiller şi Camp. Journal of. nerv. and mental. diseas 1904.

4. 2. ‰ cu o reducere foarte mare a reacţiei la lumină fără miosis.

5. 4 ‰ cu o diferenţă foarte accentuată dintre pupile.

6. 1. 5 ‰ cu reacţia convergenţei foarte slabă faţă de reacţia la lumină.

Lotsch [1]) citează din 3 cazuri cu scleroză în plăci: 2 erau cu leziuni oculare, dintre cari o femeie avea un uşor nistagmus, o diminuare a câmpului vizual şi o scădere a reacţiei pupilare.

Strassburger [2]) găseşte într'un caz de scleroză în plăci, pe lângă nistagmus, o reacţie pupilară particulară la ochiul stâng, anume o scădere a reacţiei la lumină, cu o încetineală pentru acomodaţii şi convergenţă.

Aceste alteraţiuni iriene se pot foarte adesea întâlni cu alte leziuni mai evidente ale sclerozei în plăci, făcând ast-fel ca cele dintâi să fie neglijate.

Raymond şi Guèvara [3]) într'un caz de scleroză în plăci găsesc ca leziuni oculare: o scădere a câmpului vizual. nistagmus, miosis. Pe lângă acestea pacientul mai prezenta leziuni sfincteriene, oedem trofic al extremităţilor inferioare şi o limfocitoză în lichidul cefalo rachidian.

Carier [4]) citează pe 150 cazuri cu scleroză în plăci, 6 cu ataxie spinală şi cu pareza extremităţilor; din aceştia 3 erau cu leziuni oculare, mai cu deosebire o atrofie a nervului optic.

Afecţiunile din partea nervului optic

Afecţiunile din partea nervului optic provocate de către scleroza în plăci se prezintă sub aspecte foarte variate: ast-fel aspectul pe care-l vom întâlni la oftalmoscop va fi, fie de o *simplă atrofie*, fie acela de o *nevrită papilară*, sau chiar aceia a unei *atrofii post-papilitice*. In cazul când vom avea de a face cu o simplă

1). Lotsch. Prager med. Wochenschr. 1906 No 12 şi 13.
2). Strassburger. opht. Klin. 1905 No. 2.
3). Raymond şi Guèvara. L'encephale. Mars 1907.
4). Carrier. Monatsschr. f. Psych. u. Neurol XVII p. 193.

atrofie, ne putem gândi imediat la o *nevrită retro-bulbară*, asupra căreia prof. D-r Otto Marburg [1]) în special, a atras atenţia în timpul din urmă. Dânsul zice: «Numele de nevrită retro-bulbară nu se poate înlocui cu un altul mai expresiv, cu toate că el e neprecis cel puţin pentru scleroza în plăci. Incercarea lui Wilbrand şi Sänger, cari plecând de la o secţiune ideală a nervului în care fascicolul papilo macular este exact central, au încercat o denumire nouă, ce nu poate fi chemată ca reuşită pentru scleroza în plăci, numind-o boala fascicolului papilo-macular, care clinicește corespunde scotomului central, nevrita axială, în opoziţie cu nevritele cu. scoto m marginal şi nevrita totală cu amauroza absolută»

a) *Hiperemia papilei* asupra căreia Wibrand şi Sänger [2]) au atras atenţia că ar fi uneori fie un simptom într-un stadiu mai înaintat al maladiei, fie că ar fi la începutul ei.

Această hipermie a papilei. cu o turburare a ei, cu vasele decolorate, şterse, dilatate, în unele cazuri cu un oedem papilar, asemănător cu cel din tumorile cerebrale are caracterul că dispare repede, lăsând foarte puţine urme la oftalmoscop, dar e urmată mai târziu de atrofie secundară a nervului optic.

Fleischer [3]) arată câte-va cazuri cari pe lângă alte simptome de sclerozã în plăci, prezentau şi o hiperemie a papilei.

Köster [4]) a observat la o femeie de 25 ani cari pe lângă alte simptome de scleroză în plăci avea ca manifestaţiuni oculare: un scotom central la O. S, pentru alb şi culori, cu nistagmus şi o uşoară hiperemie a papilei.

Uhtoff pe 100 de bolnavi cu scleroză în plăci găseşte un număr de 5 cu o papilită mai mult sau mai puţin pronunţată.

---

1). Otto Marburg. Zeitschrift f. Augenh. 1921.

2). Wilbrand şi Sanger Neurologie des Auges v. V 1918 Die neuritis optici bei der multiplen Sklerose.

3). Fleischer. klin. Minatsbl. f. Augenheilk. V. 46. I.

4). Koşter. Deutsche med. Wochenschr. 1907. 1665.

Frank [1] pe 71 de cazuri cu scleroză în plăci 1 cu papilită.

Parinaud [2] citează un caz cu papilită în scleroza în plăci.

Varese [3] a ovservat în scleroza în plăci o papilită foarte accentuată, care era la început fără perderea vederei, ajungând mai târziu la o amaurozã şi atrofie a nervului optic. El e de părere că asemenea papilite în scleroza în plăci pot fi uşor scăpate din vedere.

De Bono [4] a observat într'un caz care abea după o lună şi jumătate prezenta alte simptome de scleroză în plăci avea ca simptom iniaţial o papilită acută la ambii ochi cu un oedem al retinei din vecinătate.

Marbourg [5] a întâlnit cazuri de nevrită retro-bulbară cu papilite, în scleroza în plăci. Acest autor insistă în special asupra stazei papilare, care a dat ocazie la două intervenţii chirurgicale eronate, şi caută ca să dea ca simptom de diagnostic diferenţial următoarele: că participarea vaselor este foarte mică, o apariţie precoce a atrofiei papilare şi conservarea vederei. Aceasta nu ar fi o *adevărată stază, ci o papilită cu oedem inflamatoriu.*

b) *Staza papilară* (Papilata oedematoasă sau «papila strangulată» Staungspapille, Choked-disc) care e o formă specială de papilată caracterizată printr'un oedem al papilei optice, având o proeminenţă mai mult sau mai puţin accentuată la suprafaţa retinei, cu o coloraţie grisatru al substanţei papilare, cu congestia venoasă şi stergerea arterelor, şi care în 90% din cazuri se găseşte în compresiunile cerebrale, în special în tumorile cerebrale ast-fel într'o statistică a lui Kamplherstein, asupra a 200 de cazuri de stază papilară observate în clinica lui Uhtoff, găseşte 134 tumori cerebrale,

1). Frank· Ref. Iahresber. f. ophth. 1903.
2). Parinaud. Progres medical 1884 No· 32
3). Varese. Arch· di Ottalm. V fasc. III p. 240. 1899.
4). Bonó. Ref. Iahresber. f. Ophth. 1899 si în Arch. di Ottalm. 1899
5). Marbourg. loc. cit. p. 13

27 sifilis, 9 tuberculoza, 7 abces al creerului şi restul alte cauze.

Totuşi diferiţi autori au constatat staza papilară în scleroze în plăci ast-fel:

Frank [1]) găseşte pe 71 cazuri de sclerozâ în plăci 2 cazuri cu stază papilară.

Bruns şi Sölting [2]) citează 2 cazuri: în primul caz la o fată care prezenta cefalee, vomisemente, *stază papilară cu hemoragii retiniene*. şi cu un mers spasmodic. I sa pus diagnosticul de tumoare cerebrală. In urmă au apărut toate simptomele unei scleroze în plăci. După 1 şi $^1/_2$ fundul ochiului la oftalmoscop era normal, nici atrofie. câmpul vizual normal La dreapta Ac. vizuală $^4/_6$, la stânga: 1. Mai târziu atrofie optică mai accentuată la stânga.

In al II-lea caz la o tânără, care prezenta dureri de cap, mişcări spasmodice ale membrelor interioare, la oftalmoscop *stază papilară*.

Rosenfeld [3]) a observat o atrofie a nervului optic cu *stază papilară*, căreia la început i s-a pus diagnosticul de tumoare cerebrală, mai târziu însă în urma apariţiei de simptome ale unei scleroze în plăci, diagnosticul se modifică

Heubner [4]) a observat la un băiat, care avea la început o paralizie spasmodică la membrele inferioare, însoţite de turburări în deglutiţie. A observat la început o *stază papilară*, mai târziu o transformare în atrofie. La necropsie, s'a constatat o sclerozâ difuză în creer: Substanţa albă era în întregime foarte tare şi de o culoare galbenă spălăcită, ca fildeşul. De asemenea substanţa cenuşie era mai tare ca cea normală, având o culoare cenuşie deschisă.

Ed. Muller [5]) a observat un caz cu o dublă stază papilară.

---

1). Frank. loc cit. p. 14.

2). Bruns şi Stolting. loc. cit. p. 5.

3). Rozenfeld. Neurol. Centralbl. 1903.

4). Heubner. Charité Annalen XII.

5). Ed. Muller. Die multiple Sklerose des Gehirns und Ruckenmarks. Iena 1904 p. 70.

Un caracter foarte important al stazei papilare în scleroza în plăci este faptul că nu durează mult timp şi că survine schimbări de aspect ale acestei staze, trecând fie în vindecare, fie într'o atrofie a nervului optic, ast-fel Fleischer citează cazul unei tinere fete, care în luna Februarie avea la ochiul stâng o decolorare uşoară a papilei cu o turburare în jurul ei şi care se vindecă în 14 zile, în timp ce la O. D. găsise o nevrită optică cu scăderea acuităţei vizuale şi care s'a vindecat repede.

c) *Atrofiia optică* în scleroza în plăci, al cărei semn oftalmoscopie e *decolorarea papilei*, care din roză cum e în stare normală, devine din ce în ce mai albă şi face un mare contrast cu fondul roş al choroidei. Papila atrofică este când de un alb mat, când alb strălucitor şi în cazuri mai rare o coloraţie grisatru, semănând cu atrofia gris din tabes.

Decolorarea atrofică poate interesa fie papila întreagă, fie numai în jumătatea ei temporală ca în intoxicaţia alcoolico-tabetică. Uhtoff pe 100 de bolnavi a constatat la 3 atrofie complectă a papilei, la 19 bolnavi o atrofie pe toată suprafaţa papilei, mai acuzată însă în regiunea temporală, la 18 o paloare limitată în regiunea temporală.

Kamperstein găseşte pe 150 de cazuri cu sclerozâ în plăci: 4 cu atrofie a nervului optic dintre cari 3 la ambii ochi şi 1 la un singur ochiu, 28 cu o decolorare atrofică a papilei care însă era necomplectă, partea din centru a papilei avea un reflex roşietic şi 41 cu o decolorare în regiunea temporală.

Frank găseşte pe 71 de cazuri cu scleroză în plăci 38 cu atrofia nervului optic.

Guttmann [1]) într'un caz de scleroză în plăci: o decolorare albă a papilei la O. S. mult mai puţină la O. D.

Pincus [2]) observă la un bărbat de 28 ani, care pe lângă alte simptome de scleroză în plăci avea nistag-

1). Guttmann. Zeitschr. f. Klin. Med. 1880.

2). Pincus. Munch. med. Wochenschraft. 1907,

mus şi o atrofie optică la ambii ochi, la O. S. numai în jumătatea temporală.

Vederea O. D. număra degetele între 1-2 m. la O. S. $^1/_{15}$. La dreapta scotom absolut, la stânga un scotom central relativ pentru culori.

Eichhorst [1] arată un caz de atrofie optică în scleroza în plăci la o mamă şi moştenit apoi de către copilul ei.

Ceni [2] a o observat la un băiat de 9 ani, care avea o scleroză diseminată mai intens în emisferul stâng, avea şi nistagmus şi o decolorare mai intensă în regiunea temporală la ambii ochi.

In cele mai multe cazuri s'a întâlnit o atrofie consecutivă nevritei retrobulbare, însoţită destul de des de o dilataţie a venelor, şi în cazul când am avut de a face cu o stază papilară, venelol pot să fie încă mult timp turgescente.

In cazurile noastre am constatat la primul bolnav, o decolorare a papilelor în jumătatea lor temporală; decoloraţie mai accentuată la O. S. Vasele retiniene de calibru şi aspect normal. La al doilea s'a constatat o uşoară decolorare a papilelor. Vasele diminuate de calibru.

Turburările funcţionale

Turburările din partea vederei constau din o pierdere a vederei centrală, in alteraţiuni ale simţului culorilor şi în diferite schimbări ale câmpului vizual. Ele sunt foarte variabile, atât prin intenzitatea lor, cât şi prin forma lor.

Parinaud găseşte mai multe tipuri:

1).—Scăderea lentă şi progresivă, moderată a acuităţei vizuale pentru cei doi ochi ajungând $^1/_3$ până la $^1/_7$. Câmpul vizual este normal, se observă însă o discromatopsie pentru roş şi verde, apreciabile la fotometru. Papilele în acest tip se decolorează în jumătatea lor temporală

1). Eichhorst. Wirch, Arhc, f. path, Anat. 1908.
2). Ceni. Arch. f. Psych. u. Nerv, XXXI.

2).—In forma a doua, scăderea acuităţei vizuale e rapidă, ajungând la o cecitate absolută, dar pasageră. Bolnavul vede mai târziu destul de bine. Discromatopsie. Decolorare albă a papilei.

Acest autor insistă asupra faptului că nici odată nu e cecitate absolută. Totuşi Magnan şi Glauck citează cazuri cu cecitate absolută.

3).—In a III-a formă, care e foarte rară, turburarea vizuală e la un singur ochi, mai accentuată şi persistentă. Câmpul vizual prezintă o strâmtorare neregulată, nu e discromatopsie şi e sub dependinţa atrofiei albe a papilei.

Uhtoff distinge 4 varietăţi şi anume:

A. Scotom central cu conservarea periferică a câmpului vizual.

B. Scotom central cu strâmtoarea concomitentă a periferiei câmpului vizual.

C. Strămtorarea periferică a câmpului vizual care e neregulată, cu vederea centrală relativ intactă.

II. Strămtorarea concentrică regulată analoagă cu aceia a istericelor. E foarte rară. 1 la 24 de cazuri.

In cazurile noastre avem *in primul caz un scotom central absolut pentru alb şi colori, însoţit de o strâmtorare concentrică a câmpului vizual mai intens în jumatatea temporală la ambii ochi*—vezi fig. No. 1.

In cel de *al II-lea un scotom central relativ mai intins în partea temporală, însoţit de un scotom semi-lunar în porţiunea temporală a câmpului vizual.*—vezi fig. No. 2.

Charcot insistă asupra faptului că în scleroza în plăci, discromatopsia poate fi destul de accentuată, semănând mult cu aceea din tabes, adică albastru şi galben sunt culori cari persistă cele din urmă, în timp ce în isterie e roşul.

Asupra frecvenţei manifestaţiunilor acestea în scleroza în plăci, Frank găseşte pe 71 cazuri de sclerozâ în plăci, 52 erau cu manifestaţiuni oculare dintre cari 6 cu alteraţiuni funcţionale, în 8 cu anomalii ale câmpului vizual fără leziuni ale fundului ochiului.

In multe cazuri aceste turburări ale vederei sunt

însoţite de dureri orbitare şi cefalee intensă ast-fel Uhtoff a publicat câte-va cazuri. Fleischer, Vendeburg [1]) etc. de asemenea.

Ca şi Parinaud, Uhtoff găseşte în majoritatea cazurilor că perderea acuităţei vizuale e rapidă, ajungând la o cecitate absolută, pentru ca în curând să asistăm la întoarcerea unei acuităţi vizuale relativ bune sau chiar la o vindecare complectă, care însă poate foarte bine să ricidiveze.

In multe cazuri, bolnavii acuză o ceaţă care apare înaintea ochiului sau uneori obiectele care le priveşte sunt neclare.

Uhtoff descrie la o bolnavă care avea fundul ochiului la oftalmascop normal, acuza însă «o ceaţă neagră» cam vr-o 4 zile la O. S. La O. D. aceeaşi bolnavă avusese cu un an mai înainte tot o ast-fel de ceaţă.

Un alt fenomen subiectiv care însoţeşte scleroza în plăci sunt, *photopsiile*, senzaţiuni de fulger, de meteori etc. ast-fel putem cita următoarea observaţiune a lui Gnauck [2]): în cursul maladiei printre alte simptome s'au întâlnit şi senzaţii de flacări, pe care pacienta le acuza înaintea ochilor, tunete în urechi, şi nişte înţepături la partea dreaptă a feţei. După o zi senzibilitatea la $^1/_2$ dreaptă a feţei era scăzută şi la O. D. o uşoară diminuare a câmpului vizual. După 10 săptămâni aceste manifestaţiuni erau complect dispărute.

Scăderea vederei ajunge în unele cazuri până la o complectă cecitate, şi sunt cazuri în care aceasta a survenit brusc, fără vre un alt simptom iniţial. Aceasta poate fi sau numai la un singur ochi şi în curând să fie şi la cel-l-alt, sau să se mărginească la un singur ochi sau din contra să cuprindă deodată ambii ochi. După Uhtoff, cazurile cari au cecitatea la un singur ochi sunt mai dese ca cele cu ambii ochi.

Uhtoff citează următorul caz: «F. R. 26 ani, tinichigiu, se plânge de dureri şi turburări ale vederei la ambii ochi; la ochiul drept perde brusc vederea, dar

1). Wendeburg Neurol. Centralbl. 1908.

2). Gnauck- Verhandl der Berlin med. Gesellsch. 1883-84.

nu are o durată îndelungată. La etatea de 9 ani, a suferit de ameţeală, care a durat cam 3 sferturi de oră, fără ca pacientul să-şi fi perdut complect cunoştinţa. Aceste ameţeli s-au repetat timp de 12 ani. La etatea de 26 ani din nou ameţeală cu o senzaţie de presiune pe cap. La intrarea în spital acuză dureri orbitare şi periorbitare la O. D. Examinându-se se constată: Vederea O. D. $^{6}/_{60}$. O. S. $^{6}/_{12}$. La O. D. un scotom paracentral înăuntru şi în jos. In regiunea temporală O. D. o decolorare a papilei. Pupilele egale, reacţionează bine la lumină şi convergenţă. Mişcări nistagmiforme în direcţii de lateralitate. Reflexul rotulian uşor mărit. Restul normal.“

In ceia ce priveşte perderea bruscă a vederei putem cita observaţiea lui H. Wilbrand şi A. Sänger (loc. cit. p. 13 cari au observat la o femeie în etate de 45 ani, care cu 3 ani mai înainte de intrarea în spital, a perdut dintr-odată vederea în acelaş timp cu începerea menstruaţiei; această cecitate a ţinut cam 14 zile; după care a rămas cu diminuare a intenzităţei vizuale la O. S. s'a constatat un scotom central absolut cu decolorarea jumătăţei temporale a papilei. Pe lângă aceste prezenta şi alte simptome de scleroză în plăci, care a tost mai târziu confirmată la necropsie.

Asupra duratei acestei perderi a vederei în scleroza în plăci, variază cam între 2-6 săptămâni, ast-fel Uhtoff 2-6 săptămâni, Fleischer 2 săptămâni, asemenea şi în cazul lui Wilbrand şi Sänger.

In unele cazuri s-au observat următoarele: bolnanavul perde vederea la un ochi, aceasta se restabileşte după puţin timp, dar în curând apare o perdere a vederei la ochiul cel-l-alt.

Uhtoff [1]) citează următoarea observaţiune: «F. B. în etate de 20 ani, observă că nu mai vede cu ochiul stâng destul de clar şi că dacă ar voi să cunoscă mai bine obiectele aşezate la stânga lui, trebue să întoarcă capul în acea direcţie După 8 zile, vederea i-a scăzut

1). Uhtoff. Arch. f. Psych. u. nerv. XXI. cazul XXIX.

atât de mult în cât cu O. S. însu-şi degetele aşezate la o mică distanţă nu putea să le distingă. După două săptămâni vederea se restabileşte. După câte-va zile, în care timp vederea le O. S. era bună, într o dimineaţă se plânge de turburări ale vederei la O. D. I se păreau că toate lucrurile sunt voalate; această ceaţă la O. D. a evoluat atât de repede, în cât după câte-va zile. nu mai poate ca să recunoască degetele la o mică depărtare.»

Intr-un alt caz. tot acest din urmă autor, citează cazul unei paciente (i. T care timp de 4 zile, a avut ca «o ceaţă neagră» înaintea ochilor. Cu un an mai înainte avusese aceiaşi ceaţă şi la O. D. La oftalmoscop fundul ochiului era normal.

De Bono [1]) la cazul care pe lângă leziunea amintită mai sus, avea ca alte manifestaţiuni oculare: nistagmus, o perdere a vederei care a ţinut cam 10 zile la O. S. după care survine o ameliorare şi vederea e $^1/_4$, se observă după puţin timp o diminuare a acuităţei vizuale, la O. D.

Wilbrand şi Sanger [2]): «L. Z. 26 ani, acuză de 2 ani, oboseala mare la membrele inferioare şi de atunci vederea a început ca să-i scadă; la O. D. s'a găsit un scotom central pentru culori. Cu 8 zile mai înainte a perdut vederea brusc la O. S. După o trecere de două săptămâni, vederea începe a se restabili şi rămâne numai un scotom central relativ pentru culori.»

Mai rari însă pot fi apariţiile gradate, lente, ale turburărilor vizuale şi în această privinţă Wilbrand şi Sänger citează cazul unei fetiţe de 12 ani, care intră în spital pentru turburări ale vederei. De 3 ani avea o paralizie facială la stânga. după aceia ea nu a mai putut ca să vadă destul de clar cu ambii ochi. aceasta se întindea treptat. Se constate un scotom central absolut de ambele părţi. La oftalmoscop: papila dreaptă în partea sa temporală decolorată marginea ştearsă.

1). De Bono-loc. cit. p. 14.
2). Wilbrand şi Sanger. loc. cit. p. 13.

La O. S. această decolorare e mai mică. Fixația excentrică. Pupilele reacționează. Afară de acestea ea prezenta aproape toate simptomele unei scleroze în plăci.

Forma câmpului vizual este foarte inconstantă, nu numai de la un caz la altul, dar chiar la același bolnav și pentru același ochiu, variind foarte mult și după intervalul din timp care trece între un examen și altul, ast-fel o strâmtorare a câmpului vizual se poate foarte bine repara și după cât-va timp să apară un scotom care să nu mai aibă asemănare cu cel dintâi; din aceste cauze e imposibil a se face o clasificație. Totuși am văzut mai sus că Uhtoff a găsit 4 variații dintre cari cele mai dese sunt scotomele centrale cu sau fără strâmtorare periferică a câmpului vizual.

După Uhtoff scotomul central este de cele mai multe ori la ambii ochi de cât la unul singur.

Vilbrând și Sänger arată următoarea observațiune: «Femeia M. P, în etate de 45 ani. La etatea de 42 ani a simțit o diminuare a puterei la membrele inferioare. De 2 ani rigiditate spasmodică la picioare. In anul când a fost dusă la spital, a perdut brusc vederea, și a stat astfel cam vr-o 14 zile , după care a rămas cu un scotom central absolut.

La oftalmoscop s-a constatat o decolorare a papilei din stânga. — Diagnosticul a fost confirmat la necropsie a fi scleroza în plăci.»

Scotomul central poate să apară cu încetul sau în unele cazuri apare brusc: ast-fel Wilbrand și Sänger citează cazul unei fete de 19 ani care cu două zile înaintea ultimei menstruații avusese dureri de cap, apoi perdere bruscă a vederei la O. S. unde s-a constatat un scotom.

Scotomul central poate să fie la un ochi absolut și la cel-l-alt să fie relativ, ast-fel putem nota următoarea observațiune a lui Wilbrand și Sänger: «F. Sch. în etate de 22 ani, rândaș, se trezește într-o noapte cu paralizia piciorului stâng. După 8 zile poate iarăși din nou ca să meargă și acesta au ținut două săptămâni, după care are o paralizie la ambele picioare, mai

accentuată la stânga. De atunci are ameţeli şi dureri de cap. De 2 ani a orbit dintr-odată de O. S. ceva mai târziu şi de cel drept, la 1906 vederea s a restabilit puţin — Pacientul avusese tot în acelaş timp pneumonie şi pleurizie. Nimic hereditar. Neagă sifilisul, fumează mult. Exam. ocular făcut la 1910, 13 VII arătau o decolorare temporală a papilelor, papila din stânga decolorată aproape în întregime. La O. S un *scotom central absolut cu o îngustare concentrică a câmpului vizual* la O. D. *numai scotom paracentral,* fără hemianopsie temporală prea mare pentru culori, însoţit de o restrângere concentrică a câmpului vizual.

Scotomul central în cele mai multe cazuri este relativ, pe când cel absolut ar fi mai rar şi e mai des la ambii ochi, de cât la un singur ochi, ast-fel Uhtoff pe 34 cazuri de scleroză în plăci găseşte:

4 cu scotom absolut, dintre cari 3 bilateral şi 1 monolateral şi

9 cu scotom central relativ dintre cari 5 bilateral şi 4 monolateral.

Kampherstein găseşte: 9 cu scotom absolut din acestia 5 la ambii ochi şi 4 la un singur ochi şi 20 cu scotom central relativ dintre cari 14 bilateral şi 6 monolateral.

Lülbers găseşte 1 cu scotom absolut monolateral şi 5 cu scotom central bilateral.

Scotomul central în unele cazuri este de dimensiuni foarte mici şi foarte rău limitate, putând de multe ori să scape la primul examen şi numai după o cercetare îndelungată şi făcută cu multă atenţie ori de câte ori acuitatea vizuală centrală se găseşte scăzută şi care are limitele exterioare normale.

S-au observat cazuri în cari socotomul central este apărut în acelaş timp cu o diminuare a câmpului vizual ast-fel a găsit Uhtoff în două cazuri la un singur ochi.

Kampherstein, de 6 ori dintre cari 4 manolateral şi 2 bilateral.

Lubbers 1 caz monolateral.

Nu este lucru rar ca să întâlnim în unele cazuri, o diminuare periferică a câmpului vizual fără ca vederea centrală să fie scăzută.

Dr. Luttge [1]) publică un caz interesant: «P. A. 27 ani, căsătorită de 6 ani, are 3 copii în viaţă şi două avorturi; în luna Mai 1909 după nasterea unei fetiţe, are o turburare a vederei «ca o ceaţă». După 3 luni vederea i-a revenit. După ultima lăuzie (Oct. 1910) are iarăşi «ca un văl înaintea ochiului stâng» are atunci şi o uşoară ameţeală. La începutul anului 1911 (pacienta devine din nou gravidă) se simte mai rău la O. D. Pupilele reacţionau la lumină şi convergenţă Papila la stânga mai cenuşie ca la dreapta. Există din punct de vedere funcţional *o îngustare concentrică a câmpului vizual cu o completă şi absolută hemianopsie homonimă la stânga pentru alb* căutat cu un obiect de 5 m. m.—cu un obiect mai mare — 100 m. m. se găseşte la *stânga quadrante hemianopsice homonime absolută în partea de jos, iar în partea de sus quadrante hemianopsice homonime relative.* Ac. Vizuală $^{1}/_{10}$ la ambii ochi. La 28 Iunie 1911 cu un obiect de 5 m. m câmpul vizual e foarte mult strâmtat. Cu un obiect roş de 5 m. m. se indică o hemianopsie homonimă la stânga. Vederea O. S. $^{1}/_{2}$. O. D. $^{1}/_{6}$. Nimic la oftalmoscop.

In Iulie 1911 o nouă revenire a boalei. Papila din stânga mai cenuşie ca la dreapta, cu marginele mai pronunţate. Nu se observă urme de atrofie. Câmpul vizual: o limitare concentrică cu un unghiu care trece înainte. La stânga obiectele mici roşii sunt numai central percepute, la dreapta nu sunt de loc recunoscute.»

Wilbrand şi Sänger citează cazul unui hamal în etate de 50 ani, bolnav de 2 ani. acuzând o slăbiciune la piciorul drept, uneori uşorare durerii. După 1 an s'a ivit durerea la braţul drept. Neagă sifilisul, tuberculoza. De $^{3}/_{4}$ de an, acuză ameţeli, vâjâieli în urechea dreaptă, o perdere a vederei la O. D. Examinarea a constatat la dreapta un scotom paracentral pentru roş. ac. vizuală O. D. $^{6}/_{40}$. Nu vede literile în apro-

1). Dr. Luttge. Iahresbuchern der Hamburg. 1912.

piere. Scotomul se prezintă ca un *scotom hemianopsic-temporal de o singură parte.* Decolorare temporală la papila dreaptă, la stânga normală. Pe lângă acestea mai prezenta şi unele simptome de scleroză în plăci. — După 1 an are nistagmus în privirile laterale. In acelaş timp prezintă la *O. D. un scotom central absolut.* apărând treptat şi manifestaţiuni în câmpul vizual la O. S. care ne arată o *hemianopsie homonimă pentru culori.* Examinat după 6 luni se arată limpede *o hemianopsie homonimă la O S.*; scotom central la O. D. cu o perdere complectă a simţului culorilor în jumătatea stângă a vederei la ambii ochi

Excepţional de rare sunt însă scotoamele inelare, care după cum ştim, formează un simptom aproape patognomonic pentru afecţiunile chorio-retiniene; totuşi s-au întâlnit aceste scotome şi în scleroza în plăci.

Detlefsen [1]) citează cazul unei servitoare de 20 ani. care acuza turburări din partea vederei, aflându-se pe stradă i s'a pus în faţa ochilor ca un văl întunecat: Are uneori ameţeli. Dureri fugitive în regiunea frontală şi temporală. Uneori are şovăiri în mers, când priveşte în sus are dureri la ochiul drept. Nu are dureri când se apasă pe bulbul respectiv. La primul examen s-a găsit o scădere mare a reflexului rotulian drept, la stânga era viu, chiar uşor mărit; reflexul achilian era lipsă, reflexul abdominal exista; nistagmus în mişcările de lateralitate.

După 7 ani, ameţelile revin din nou, tot mai violente, încât paciental cade jos. Are uneori o ceaţă în faţa ochilor, care îi dispare însă spontan, cefalee intensă şi o înclinare de a râde fără motiv. Ca manifestaţiuni oculare prezintă: mişcări nistagmiforme. Vederea O. D. $^6/_{15}$. O. S $^6/_{12}$. La oftalmoscop: atrofie la ambele papile. Câmpul vizual: *O. D. un scotom inelar.* Neagă sifilisul.

In unele cazuri de scleroză în plăci s'a observat *o limitare concentrică a câmpului vizual,* şi care poate fi foarte neregulată, având însă un câmp vizual central

1), Detlefsen-citat în Wilbrand şi Sänger. Neurologie des Auges. V 1908.

relativ intact. ast-fel Uhtoff pe 24 cazuri găseşte, 8 dintre cari 3 monolateral şi 5 bilateral.

Lübbers pe 11 cazuri găseşte de 2 ori şi bilateral.

Kamph^erstein de 12 ori dintre cari 9 bilateral şi 3 monolateral.

Anomaliile *percepţiei cromatice* în scleroza în plăci sunt destul de numeroase şi nu sunt supuse nici unei reguli. Sunt adesea uşoare, culorile pot să apară mai mult sau mai puţie sterse, în unele cazuri ele nu pot să fie recunoscute câtu-şi de puţin de către bolnav. Sunt alterate culorile pentru roş şi verde, sau poate fi alterată numai cea din urmă.

Wilbrand şi Sänger citează cazul unui tâmplar, în etate de 31 ani care prezenta o decolorare totală a papilei din stânga, fără o limitare concentrică a câmpului vizual pentru roş şi verde, în timp ce la O. D. are o limitare concentrică pentru culorile roş şi verde.

Aceiaşi autori prezintă următoarea observaţiune: J. tapiţer, de 35 ani, din luna Noembrie 1907 nu mai poate ca să ridice picioarele şi acuză o diminuare a forţei musculare la mâna dreaptă. In fie-care seară între orele 4 şi 5, i se pare că vede pete albe. Acuză dureri în corp şi piept, cefalalgie şi ameţeală. Vederea la O S.: $^{6}/_{6}$, O. D.: $^{6}/_{18}$. *Câmpul vizual arată diminuare concentrică de ambele părţi pentru culori.*

In primul caz dintre bolnavii noştrii s'a observat un scotom central absolut pentru alb şi culori. La O. D. scotomul pentru culori e mai mare de cât pentru alb-vezi fig No. 1.

Un caracter foarte important al acestor turburări ale vederei e că se poate ameliora relativ destul de repede şi după Uhtoff se poate constata acest lucru în jumătatea cazurilor. Acest autor a constatat în două cazuri o vindecare completă. Se poate foarte bine întâmpla ca aceste ameliorări sau chiar vindecări să recidiveze,

Uhtoff a observat o recidivă după un interval de 15 ani,

Wilbrand şi Sänger, au observat un caz de recidivă după 12 ani.

Mai adesea aceste recidive sunt la un scurt interval de timp şi la acelaş individ se poate constata chiar mai multe. Ast-fel aceşti din urmă autori arată următoarea observaţiune: în anul 1903 vine în spital, un şef de staţie, care pe lângă alte simptome ale sclerozei în plăci avea ca manifestaţiuni oculare numai *un scotom mic în câmpul vizual din dreapta la 30°, paralel cu punctul de fixaţie şi în afara lui.*

Examinat la 23 Iunie 1903 *nu se mai observă acest scotom.*

La 26 Iunie 1903 se constată un *scotom central triunghiular* la acelaş ochi.

La 27 Iunie 1903, scotomul era mai mărit.

La 7 Iulie 1903, *scotomul era dispărut.*

La 3 August 1903, pacientul acuză o înceţare la O. D. care după două zile dispare.

La 6 August 1903. Nici un scotom.

După 3 ani, în 1906, 8 Ianuarie vine din nou în spital acuzând între altele şi dureri orbitare, ameţeală şi greaţă.

La 3 Decembrie 1906. se constată în câmpul vizual din dreapta o strâmtoare concentrică a câmpului vizual. La fundul ochiului se constată o dilatare a venelor mai intensă la dreapta.

La 23 Ianuarie 1908. O agravare mare a vederei, căci se observă un *scotom central relativ la ambele părţi.*

La 6 August 1909. *Nu se mai constată nimic obiectiv.*

In unele cazuri aspectul câmpului vizual se poate modifica, tracând de exemplu, dintr un scotom central într-un scotom paracentral, ast-fel cum a constatat Wilbrand şi Sänger în observaţia de mai sus.

Uhtoff a constatat un caz în care a găsit la început un scotom central, după care descopere o strâmtorare a câmpului vizual în partea internă, care a rămas staţionară.

Asemenea Lübbers găseşte mai întâi un scotom central care se transformă mai târziu într-o diminuare

periferică neregulată a câmpului vizual, care din nou se modifică, luând forma unui scotom central.

Amauroza totală şi definitivă este un fapt foarte rar, ast-fel Uhtoff nu l-a întâlnit de cât numai într-un singur caz.

Gnauck, a găsit două cazuri.

In scleroza în plăci, starea funcţională a ochiului nu e în tot deauna într-o strânsă legătură cu aspectul oftalmoscopic sau chiar cu leziunea anatomo-patologică: unii bolnavi, care au papila foarte decolorată, nu se plâng de nici o afecţiune a vederei; din contra alţii la cari nu se constată nimic la oftalmoscop, acuză turburări foarte mari la vedere, ast-fel Uhtoff a găsit această particularitate dintr o 100 de cazuri 5.

Frank pe 71 cazuri de sclerozâ în plăci, 8 cu această anomalie.

Lübbers găseşte un caz.

Oppenheim arată un caz la care s'a găsit pe traectul nervului optic focare de sclerozâ în plăci, fără ca funcţiunile ochiului să fie alterate.

Uhtoff, un caz la care fundul ochiulri la oftalmoscop era normal, nu acuza nici o turburare a vederei, totuşi s'a constatat leziuni de sclerozâ în plăci retrobulbare.

In alte cazuri s'a constatat o decolorare în jumătatea temporală a papilei, fără ca să se constate anomalii din partea vederei.

Kurt Mendel [1] a observat un caz de sclerozâ în plăci, care avea o decolorare a jumătăţei temporale a papilei cu vederea normală.

Nagel [2] citează cazul unui bărbat de 47 ani cu o decolorare a papilei în regiunea temporală la ambii ochi, având vederea $^6/_6$.

Bruns [3] a observat la o fată de 15 ani, care avea papila dreaptă decolorată, pupila din dreapta nu reac-

---

1). Kurt Mendel. Neurol. Centralbl. 1908.
2). Nagel. Munch. Med. Wochenscraft 1897.
3). Bruns. Berlin Klin. wochenscraft. 1888. No.5

ţiona la lumină atât de bine ca cea din stânga. Totuşi vederea era normală la ambii ochi.

Uhtoff citează un caz cu o decolorare în întregime a papilei la O. D. mai accentuată în jumătatea sa temporală, în partea sa internă papila avea un reflex roşietic. Cu toate acestea vederea la ambii ochi era bună.

In cazurile ce le prezintăm, avem în primul caz: o decolorare a papilelor în jumătatea lor temporală, mai intens la O. S. însoţit de un scotom central absolut pentru alb şi culori, acuitatea vizuală: O. D. numără degetele la 1 m. O. D. numără degetele la 0.50 c. m.

La al II o uşoară decolorare a papilelor, un scotom central relativ, însoţit de un scotom semilunar temporal, având vederea O. D. = 1/6. O. S. — numără degetele la 1 m.

Aceste afecţiuni oculare, consecinţa fie a unei atrofii optice, fie a unei nevrite retro-bulbare, au un alt caracter important prin faptul că pot să apară ca un prim simptom în scleroza în plăci, şi numai după o trecere de timp care poate varia de la câte-va zile la mai mulţi ani să apară şi alte simptome ale sclerozei în plăci. Acest fapt a fost constatat de către Uhtoff în 4 cazuri, în care ca prin simptom era numai ambliopia, fără alte simptome care au apărut mai târziu.

Franck dă în această privinţă un procent de 15%.

Probst [1]) pe 35 de bolnavi găseşte 4 cam 11%.

Bruns şi Stölting 32 %.

In multe cazuri de nevrită retro-bulbară, s'a constatat că sunt simptome iniţiale ale sclerozei în plăci; ast-fel Fleischer găseşte 66% dintre cazuri, cari erau prima manifestaţiune a sclerozei în plăci şi la cari numai mai târziu au apărut şi cele-l-alte simptome.

Wilbrandt şi Sänger citează cazul unei fete de 17 ani, care cu 12 ani mai înainte, avusese simptomele unei nevrite retrobulbare cu fundul ochiului normal. Nu s'a putut găsi cauza maladiei. Scotomul care era numai la un singur ochiu, după cât-va timp în urma unei cure

1) Probst. Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk. XII

de sudaţiune, dispare şi vederea revine la normal. Bolnava se mută în alt oraş. După o trecere de cât-va timp, căpătă aceiaşi afecţiune de data aceasta însă la ambii ochi, care dispare mai târziu tot în urma aceiaşi cure. De un an a căpătat tot aceiaşi afecţiune la ambii ochi, având un mers din ce în ce mai spre ameliorare, ast-fel încât la intrarea în spital acuză «o turburare neobicinuită în vedere» la O. S. se constată un scotom paracentral la un ochi şi o strâmtorare periferică a câmpului vizual la cel-l-alt.

Aceiaşi autori citează cazul femeiei T. S. de 34 ani, care cu 10 ani mai înainte avusese o leziune a nervului optic mai întâi la O S. şi pe urmă la O. D. Se vindecă, dar după cât-va timp se îmbolnăveşte din nou, după care vederea este iarăşi buna. Are însă dureri, când priveşte în depărtare. După 4 ani revine în spital, unde se constată la 19. 11. 1906 o decolorare în jumătatea temporală a papilelor. Vederea 6|6 la ambii ochi. Câmpul vizual le stânga era strâmtat, — afară de acestea mai prezintă unele simptome ale sclerozei în plăci.—

S'a observat în unele cazuri apariţia simptomelor oculare în acelaş timp cu alte manifestaţiuni ale sclerozei în plăci, ast-fel Uhtoff a observat un bolnav care a avut o plagă a jumătăţei drepte a corpului, începută în acelaş timp cu o ambliopie la O. S. sub forma unui scotom central şi o strâmtorare periferică a câmpului vizual în jos: fundul ochiului fiind intact.

Bruns şi Stölting, citeaza două cazuri în această privinţă.

Lülbbers citează un caz.

Wilbrandt şi Sänger două cazuri.

Deasemenea sunt cazuri în care manifestaţiunile oculare au apărut după apariţia altor simptome de scleroză în plăci, ast-fel Fleischer citează câte-va cazuri în care intervalul de timp dintre apariţia altor simptome şi manifestaţiunile oculare variază între 1 şi 5 ani.

În cazurile noastre, la ambii bolnavi se constată că manifestaţiunile oculare au început aproape în acelaş timp cu apariţia altor simptome de scleroză.

Anatomia patologică

După cum scleroza în plăci se localizează în măduvă, bulb, protuberanță, creer, tot ast-fel se poate foarte bine localiza și pe traectul nervilor cranieni, în special pe nervul optic formând focare multiple, destul de bine circumscrise și fără vr-o legătură unele între altele. Sunt de dimensiuni foarte variabile și deseminate într'un chip neregulat în trunchiul nervului optic, în chiasma sau în bandeletele optice. Uhtoff a constatat o degenerescență ascendentă și dercententă plecând din focarele sclerozei, dar se întâlnește foarte rar acest fapt, ceia ce ne poate indica că distrugerea fibrelor nervoase nu e completă.

Pe o taetură transversală a porțiunei sclerozate, se constată o proliferare de nuclei ai țesutului conjuctiv interfascicular, alterație care se găsește în teaca pială și în jurul vaselor centrale.

Mielina fibrelor optice este cea dintâi care începe ca să se degenereze și chiar după ce teaca lor a fost distrusă complect, cilindrii-axi pot ca să rămâie mult timp intacți. Acest fapt e foarte important și a fost demonstrat de către Charcot prin aceia că se pot regenera tiecile mielinice primitiv distruse, iar vederea care pentru moment era obolită, devine după cât-va timp destul de bună.

Turburările circulatorii sunt caracterizate prin o proliferare și o dilatare a firișoarelor vasculare nervoase și prin modificări vizibili în pereții vasculari, rolul lor nu poate fi precizat căci nu se constată, nici constant și nici exclusiv în focarele degenerate (Uhtoff).

In diversitatatea de aspect al diferitelor focare patologice, e foarte greu ca să se știe care e fenomenul primar: alterațiile vasculare, proliferarea țesutului interstițial sau degenerarea elementelor nervoase.

In nevrita retro-bulbară, unde leziunile sunt localizate numai la fascicolul papilo macular după Wilbrand și Sänger ar fi numită *boala fascicolului papilo macular* și care știm că clinicește corespunde scotomului central,

toţi autorii cred că e vorba de o nevrită interstiţială retro-bulbară: inflamaţia începe cu septele conjuctivale ale nervului care se îngroaşă, se sclerozează.

Marbourg [1]) crede că procesul la scleroza în pläci este la fel cu nevritele parenchimatoare ale periferici şi arată că leziunea primitiva e o segmentare a melinei, discontinuă în toate direcţiile. După segmentarea tecelor de mielină apar ca o reacţie celule cu granulaţii hematogene, cari umplu ca fagocite căile limfatice şi în fine ţesutul mort e înlocuit cu nevroglie deasă. Astfel cilindrul ax, în unele cazuri, ar rămânea relativ intact

Vasele prezintă caracter inflamator şi se poate vedea în exudate de alt-fel neinsemnate pe lângă limfocite, celule plasmatice şi celule cu bastonaşe. Nici emoragiile nu lipsesc, dar sunt extrem de rare. Lipseşte degenerarea secundară.

Siemerling, Rucke etc. cred că procesul e primitiv că focarele se desvoltă în vecinătatea vaselor.

Diagnosticul

Diagnosticul diferenţial al afecţiunilor oculare în scleroza în pläci se poate face cu următoarele maladii: cu nevritele axiale acute şi cronice. cu isteria, cu sifilisul celebro-spinal, cu tabesul, cu tumorile cerebrale şi cu mielitele.

Cu nevritele axiale acute şi cronice diagnosticul se bazează pe bilateralitatea mai puţin constantă în scleroza în pläci, pe caraeterul variabil al leziunei, pe coesistenţa eventuală a unei alte anomalii a câmpului vizual, pe debutul care e ceva mai repede şi o desvoltare mai repede a manifestaţiunilor vizuale, pe vindecarea spontană care se face în scurt timp Se va căuta a se elimina toate cauzele unei infecţii toxice, ereditare, acute sau cronice.

Bruns şi Stölting cred că intoxiaaţia saturnină ar fi aceia care ar da naştere la confuzii mai multe.

1). Marbourg loc. cit. p. 13.

Cu isteria, diagnosticul diferențial este în unele cazuri greu de făcut, chiar într'un stadiu mai înaintat al maladiei, căci și într'un caz și în altul se găsesc mișcări nistagmiforme sau nistagmus, așt-fel Sabbrazés și Cabannes [1]) au observat un caz.

De asemenea Treupel [2]) citează un asemenea caz.

Se întâlnește de asemenea și într'un caz și celalt diferite leziuni din partea mușchilor ochiului, apoi o strâmtorare a câmpului vizual, discromatopsie, însă fără ca să se poată găsi vr-o leziune organică cum se găsește în scleroza în plăci. In unele cazuri s'a observat o scădere a acuității vizuale, ajungând până la cecitate, fără să se observe ceva la fundul ochiului, deosebirea se poate face prin aceia că la isterie reacția pupilară e păstrată, în timp ce la scleroza în plăci poate fi ușor diminuată sau chiar abolită.

In ceia ce privește diagnosticul diferențial cu sifilisul cerebral, siguranța cea mai mare o avem, atunci când reacția W. e pozitivă.

Când scleroza în plăci are forme tabetice, vom lua în considerație debutul său mai repede și desvoltarea sa, care în tabes e mai înceată, apoi turburările vizuale nu sunt însoțite de semnul lui Argyll Robertson și în sfârșit vom găsi în lichidul cefalo-rachidian o limfocitoză care se găsește în majoritatea cazurilor de tabes.

Cu tumorile celebrale, puncția lombară ne poate clarifica diagnosticul, căci aici lichidul se scurge cu putere. Tumorile cerebrale au un mers progresiv, pe când scleroza în plăci are remisiuni.

Cu mielitele, vom cerceta cauza lor care după cât știm poate fi în cele mai multe cazuri secundară unei maladii infecțioase ca sifilisul, difteria, pneumonia, desinteria etc, apoi evoluția mielitelor, care în majoritate, este foarte rapidă, ajungând la starea letală fără nici o remisiune.

---

1). Sabrazès și Cabannes. Ref von Binswanger. Hysterie. Viena 1904.
2) Treupel. Munich. med. wochenschraft. 1912.

Observaţiuni

I

(După foaia de observaţiune de la spitalul Colentina serviciul D-lui prof. Marinescu).

Bolnavul M. I. în etate de 29 ani, intră în spital în ziua de 20 Noembrie 1921 pentru turburări în vedere, sfincteriene, tremurături ale mâinelor şi turburări în echilibru.

Antecedente ereditare. Nimic important.

Antecedentele colaterale. Nimic important.

Antecedente personale. In copilărie nu a suferit de nici o boală infecto-contagioasă. A avut blenorogie la 24 de ani, pe care a a vindecat-o. Neagă sifilisul. Uzează foarte puţin de alcool şi tutun.

Istoricul maladiei. In anul 1918 i-au aparut pe front cele dintâi fenomene: nu mai vedea tot atât de clar ca mai înainte, i se aşeza în faţa ochilor săi ca o ceaţă mai accentuată la periferia câmpului vizual şi avea turburări în echilibru. Nu a urmat nici un tratament, continuând a face serviciul pe frontul Italian.

In luna Noembrie 1918, demobilizând-se s'a prezentat la un oculist (la Braşov) care i-a declarat că fundul ochilor este normal. Reacţia Wasserman fiind negativă i s'a pus diagnosticul de *nevrită retro-bulbară.* Tratament: iod intern şi mai târziu injecţii supraorbitare cu stricnină, toate însă fără nici un rezultat.

In primăvara anului 1919 luna Aprilie, acuza dureri foarte mari de cap, frontale şi periorbitale şi ameţeli, cari i-au dispărut în urma unui tratament compus din injecţiuni intra-venoase cu iodur de sodiu şi iod metaloid în spitalul militar din Bucureşti.

In 1919 luna Septembrie a fost timp de 3 săptămâni în serviciul de boli nervoase din spitalul Colentina.

In luna Decembrie 1919 a intrat la clinica neuropsichiatrică din Cluj, unde i s'a pus diagnosticul de scleroză multiplă, a urmat un tratament electroterapic şi in-

jecţii intrarachidiene cu ser neosarvanizat, fără nici un rezultat.

In luna Februarie 1920 (pe când era la Cluj, *fundul ochiului prezenta un început de atrofie a papilei.*

In 1919 în spitalul militar din Bucureşti *fundul ochilor prezenta uşoare dungi alburii dealungul vaselor.* Tot în acest timp apare fenomene de retenţie, anale şi vezicale.

In luna Februarie 1921, a intrat în clinica prof. Wagner von Jaureg din Viena, unde a urmat tratament fără însă vr-un rezultat. A stat până în luna Iunie acelaş an, când întorcându-se acasă, la Braşov, nu a mai urmat nici un tratament până la venirea în spitalul Colentina.

Probe suplimentare,

In spitalul militar, analiza Wasserman a fost negativă, la Cluj, analiza sângelui şi a lichidului cefalorachidian a fost negativă; la Cluj s'a injectat sânge şi lichid cefalo-rachidian la cpuri şi animalele nu au căpătat nimic timp de 3 săptămâni. La Viena reacţia Wasserman a fost negativă.

Starea prezentă: Bolnavul acuză:

I. *O pată centrală în câmpul vizual, de o culoare albă (ca o ceaţă) care-l împiedecă ca să citească şi să recunoască persoanele cunoscute chiar de la un pas (pata i se pare aşa de mare încât acopere capul.*

II. Turburări de echilibru, mai cu deosebire în executarea de mişcări repezi, deplasări, perde echilibrul şi îi vine ca să cadă pe spate.

III. Simtome de retenţie (vesicale şi anale) care încetează dupa câte-va eforturi şi permit evacuarea.

IV. Tremurături ale degetelor mâinilor şi mai accentuate la dreapta în momentul când scrie.

V. O uşoară greutate în vorbire.

VI. Nici o turburare psihică şi nici de memorie.

VII. Dureri reumatice şi o iperestezie în jumătatea stângă a corpului—ce au aparut la începutul anului 1920 şi au dispărut pe la sfârşitul aceluiaşi an în urma unor băi la Băile Herculane. Actualmente mai prezintă o uşoară iperestezie la înţepături la stânga şi membrul inferior

stâng oboseşte mai repede în mers ca cel drept.— Nimic nu s'a observat la membrul superior stâng până în prezent.

Examenul Obiectiv.

Pupilele egale, *reacţionează leneş la lumină şi acomodaţie. Are mişcări nistagmiforme în planul orizontal.* Mişcările globilor oculari normale în toate direcţiile. Examenul fundului ochiului constată o uşoară decolorare a papilelor în jumătatea temporală, fiind bine delimitate. Mai prezintă şi un *scotom central în câmpul vizual.*

Mişcările de lateralitate ale comisurilor bucale normale, mişcările limbei normale.

Reflexul faringian e abolit, Auzul este bun. Mişcările capului şi gâtului normale.

Mersul cu ochii deschişi, uşor nesigur, picioarele puţin depărtate. Nesiguranţa se accentuează când bolnavul închide ochii şi atunci are tendinţa să cadă pe spate şi mai ales pe partea stângă: Corpul se apleacă spre stânga şi uşor înapoi luând rezem pe membru inferior stâng, iar piciorul drept se ridică în aer înaintând nesigur.

Nu prezintă tremurături spontane ale mâinilor şi degetelor.

Uşoară adiadococinezie la mâna stângă.

Reflexele tendinoase ale mâinilor conservate.

Membrele inferioare: Reflexele rotulian, achilian, şi medio plantar mai vii la partea stângă.

Senzibilitatea este conservată. Nu are tremurături intenţionale.

In ziua de 26 Decembrie 1921. Pacientul ese din spital cu diagnoza de: *Scleroză în plăci.*

In ziua de 28 Decembrie 1921, pacientul intră în spitalul Colţea, serv, Oculistic al D-lui prof. Manolescu, unde se constată următoarele:

I. Nimic organic din partea polului anterior la ambii ochi.

II. Pupila A. O. regulate, egale, reacţionează bine atât la lumină, cât şi la acomodaţie.

III. *Examenul oftamolscopic:* Papilele bine delimitate, *albe decolorate în jumătatea lor temporală,* decoloraţie mai accentuală la ochiul stâng. Vasele retiniene de calibru şi aspect normal.

IV. *Examenul funcţional.* (Vezi pl. No. 1.)

Prezintă *o strâmtorare concentrică a câmpului vizual pentru alb mai intens în jumătatea temporală la ambii ochi Un scotom central absolut pentru alb și culori.* La ochiul stâng scotomul e mai mare ca la cel drept. La ochiul drept scotomul pentru culori e mai mare decât pentru alb.

O. D. numără degetele la 1 m.

Acuitatea vizuală : O. S. numără degetele la 0,50 c. m.

Cromatism. Recunoaște culorile.

Motilitatea oculară. Escursiile globilor oculari sunt normale.

Nistagmus, oscilație pendulară la dreapta, stânga și în partea inferioară; rotatorie în partea superioară.

Diagnosticul : *Atrofie optică parțială.* Scleroza în plăci.

II

(Observație din serviciul de boli nervoase, d-l D-r. Noica)

Sublocotenentul E. I. intră în spitalul militar «Regina Elisabeta» fiind trimis de comisia IV medico-militară cu diagnoza de scleroză multiplă cu ataxie gravă.

Antecedente eredo-colaterale. Nimic important.

Antecedente personale. Nu a suferit de nici o maladie infecțioasă.

Istoricul Maladiei actuale. Bolnavul declară că prin luna Octombrie anul 1917, aflându-se pe frontul italian a căzut un obuz greu la o distanță de 2-3 m. de dânsul, răsturnând căruța în care se afla, a avut atunci momente de groază, tremurături în tot corpul și în acea noapte nu a putut dormi. A doua zi și-a revenit.

In acelaș an în luna Decembrie, iarăși un obuz a explodat lângă el, aruncându-l de un perete al unei case lângă care se afla, a avut atunci o emoție puternică, după care abea a doua zi și-a revenit. Nu a observat nici un fenomen suspect și a făcut serviciul mai departe. Intr'o noapte umblând mult prin apă pe câmpiile venețiene, a răcit, a avut febra, după două zile s'a vindecat.

Prin luna Septembrie 1918, aflându-se pe frontul francez -lângă Verdun- în timpul retragerei, a avut ordinul să asiste la încărcarea de material dintr'o gară,

care era bombardată de artileria franceză. Era emoționat atunci foarte mult și când a terminat și a încercat ca să fugă, simțea o oboseală în picioare, având senzația că trebue să cadă înainte. A urmat apoi retragerea germană și a fost nevoit să facă 600 Km. pe jos. In drum, aproape de Viena a mai avut și o ciocnire de tren, când deși nu a suferit nici o leziune organică, a avut o emoție puternică. Ajuns la Viena era epuizat complect și abea după o trecere de 2 luni și-a revenit.

In luna Februarie 1919, a intrat în armata română, unde s'a simțit bine până în Aprilie acelaș an, la începutul ostilităților cu Ungurii. Atunci fiind la construcția unui pod peste Tisa a căzut în apă, după care astfel ud cum era, a continuat să supravegheze încă 5-6 ore, după aceasta a avut febră și oboseală în membrele inferioare: s'a constatat o anginâ, care a durat două săptămâni; după aceasta oboseala s'a accentuat, mersul a devenit mai greoi și i-au apărut oarecari turburări de senzibilitate la membrul inferior stâng (zone de anestezie mai ales pe partea externă a gambei și o zonă de parestezie în domeniul celei III lombare: i se părea că e un curent electric pe acolo). Și a mai revenit după câte-va zile și a continuat serviciul militar, dar în timpul unei lupte fiind înconjurat de bolcevici și el apărându-se cu un efectiv redus de 35 oameni, a obosit din nou, nu a mai putut merge și a fost scăpat de soldații ce erau cu el. Și-a revenit din nou după cât-va timp. A primit apoi ordinul să se ducă să distrugă linia ferată de la Solnoc, când fiind atacați de un tren blindat, fără a fi lovit, a căzut jos și a trebuit să fie ridicat de către soldați. Și-a revenit puțin, simțea însă o mare oboseală la membrele inferioare.

In luna Aprilie 1919 a fost trimis în spitalul corp. V armată, unde i s'a pus diagnosticul de Nevroză traumatică. I s'a dat un concediu de 30 zile, după care s'a întors la corp, unde a continuat a face serviciul, dar mai mult în trăsură. In acest timp a suferit de o cistită, fără ca să fi avut blenoragie.

În Decembrie 1919 intră în spitalul corp. 7-e armată unde a stat până în Iulie 1920, când a fost trimis la spitalul militar din București, unde a stat până la 27 Decembrie 1920 -cam 4 luni- cu diagnoza de meningo-mielită cronică diseminată cu paraplegie spasmodică, avea o parezie facială dreaptă și *pareza oculo-motor extern drept (ochiul drept în strabism intern cu diplopie)* A obținut un concediu pentru a se duce în străinătate. S'a dus la Viena unde a stat 5 luni și unde i sa pus diagnosticul de *scleroză multiplă cu ataxie gravă.* Se întoarce în țară și intră în spitalul militar «Regina Elisabeta» din București.

Starea prezentă.—Actualmente bolnavul se plângede aceleași fenomene de spasticitate la membrele inferioare din care cauză are mersul deficil, iar când se obosește e imposibil ca să meargă Are la începutul micțiunei ca un spasm care-l face să aștepte puțin până când urinează.

Se mai plânge *că nu vede bine literele ce le fixează—îi lipsește claritatea lucrurilor fixate—cu periferia vede mai bine, însă și în vederea periferică are un punct pe o linie transversală la stânga punctului fixat, care de asemenea e mai slab văzut, aceasta o observă bolnavul mai intens la ochiul stâng.*

Bolnavul e de constituție bună, toate țesuturile bine desvoltate, robust; nu prezintă stigmate de degenerescență fizică. E inteligent și bine dispus.

Nu are turburări în vorbire.

Examenul obiectiv: Pupilele egale, de contur regulat Reacționează bine la lumină și acomodație. Prezintă *nistagmus* rotator la privirea laterală extremă mai ales la dreapta, *Nu se mai observă pareza oculo-motor-extern drept.*

La *examenul oftalmoscopic* se constată o ușoară *decolorare a papilelor.* Vasele diminuate de calibru.

Acuitatea vizuală: O. D.: $^{1}/_{6}$.

O. S.: numără degetele la 1 m.

Câmpul vizual pentru alb cu limitele normale la ambii ochi. (vezi pl. No. 2).

O. S.: *Un scotom central relativ mai intins în partea temporală pentru alb şi culori. In porţiunea temporală a câmpului vizual un scotom semi-lunar neclar are diametrul orizontal maximum 20°* şi *lungimea 135°.*

O. D.: Un scotom central relativ, pentru alb şi culori mai mic la ochiul stâng. In porţiunea temporală a câmpului vizual, prezintă de asemenea un scotom semi lunar neclar cu diametru orizontal 15° şi *lung. 90°.*

Examenul neurologic. O uşoară pareză facială dreaptă. Reflexele tendinoase ale membrelor superioare normale. Reflexele tendinoase ale membrelor inferioare: cele rotuliene vii de ambele părţi, cel Achilian drept cu caracter normal—cel stâng abolit. Clonus al piciorului drept.

Semnul lui Babinski şi Oppenheim pozitive la ambele părţi, de asemenea şi semnul lui P. Marie.—Schäfer pozitiv la stânga

Reflexele cutanate: cremasteriene diminuate, cele abdominale abolite.

Senzibilitatea termică, dureroasă şi tactilă sunt păstrate, afară de o zonă de hypoestezie în regiunea lombo-dorsală şi cu regiunea coopsei stângi. Se mai găseşte şi o hypersenzibilitate articulară la ambele articulaţii tibio-tarsiene: când i se flectează câtu-şi de puţin degetul mare, zice că i s'a flectat întreg piciorul.

Forţa musculară păstrată. *Atrofie musculară* La coapsa stângă diferenţă de 3 c. m. faţă de cea dreaptă (aceasta în $^1/_3$ de a coapsei) sup, asupra rotulei însă numai 1 c. m. La gambă în $^1/_3$ mijlocie 2 c. m., în $^1/_3$ superioară şi inferioară 1 $^1/_4$ c. m. diferenţă.

Mersul spastic, nesigur. Bolnavul nu poate merge fără ca să sprijine cu ambele mâini. Nu are ipermetrie. Nu are tremurături intenţionate, are însă un tremur continuu în degete şi în mâini. N'are adiadococinezie.

Turburări sfincteriene. O inhibiţie (spasm) la începutul micţiunei care după 2-3 minute dispare şi micţiunea decurge normal.

Prezintă dureri la presiune sau pecruţie pe apofizele spinoase a III şi IV vertebre dorsale.

Examenul l'cidului cefalo-rachidian: 19 Oct. 1921 W. negativ, Nonne-Appelt pozitiv, Reacţia celulară absentă. 29 Oct. 1921. W. negativ, Nonne Appelt + R. celulară: 1 limfocit la 5 câmpuri. 19 Noembrie 1921. Toate reacţiile negative.

Concluziuni

1. Manifestaţiunile oculare ale sclerozei în plăci sunt frecvente şi importante.

2. Ele pot interesa nervul optic sau musculatura.

3. Leziunile oftalmoscopice consistă de cele mai multe ori într-o decolorare parţială sau totală a papilei optice (atrofie optică parţială sau totală).

4. Dintre turburările de motilitate oculară în primul rând întâlnim Nistagmusul, în cel II-lea paralizii ale musculaturei externe.

5. Alteraţiile câmpului vizual, în majoritatea cazurilor, au forma unui scotom central, absolut sau relativ, însoţit sau nu de o strâmtorare concentrică a câmpului vizual.

6. Caracterele esenţiale ale manifestaţiunilor oculare în scleroza în plăci au următoarele particularităţi:

a). Ele pot să apară cu mult înaintea apariţiei altor simptome de scleroză în plăci.

b). Apar în cele mai multe cazuri subit cu o turburare vizuală gravă la început.

c). Nu au o durată îndelungată şi se pot ameliora destul de repede.

d). Recidivează.

e). Amauroza totală şi definitivă este extrem de rară.

f). Sunt foarte variabile în ceia ce priveşte aspectul lor, trecând repede dintr-o stare în alta.

Văzută şi bună de imprimat.

Preşedintele tezei. — *Decanul facultăţei*

Prof. **Dr. D. Manolescu.** — Prof. **Dr. Ionescu Toma.**

BIBLIOGRAFIE

Brüns şi Stölting. Ueber Erkrank des Sehnerven im Frühstadium der multiplen Sklerose. (Zeitschr. für Augenheilk III p. 1 şi 26 1900).

Charcot. Phènomènes oculaires dans la sclérose en plaques et dans l'ataxie (Rec. d'opht. 1887).

Parinaud. Troubles oculaires de la sclérose en plaques. Progrès medical No. 32. 1884.

Lübbers. Beitrag zur Kenntniss der bei der dissem. Herdsklerose auftret. Augenveränderungen. Teza din Marburg 1897.

Galezowschi. Le fond de l'oeil dans les affections du système nerveux. Teza din Paris 1904.

De Bono. Nevropapillite ottica quale fenomeno iniziale della sclerosi disseminata etc. (Arch. di ottalm. 1899)

Elsching, Zur Anatomie des Sehnervenatrophie bei Erkr. des Zentralnervensystems. (Wien. Klin. Woch. 1899).

Fleischer. Ueber Sehnervenleiden und multiple sklerose (zeitschrift fur Aug. 1906).

Rosenfeld. Ueber Staungspapille bei multipler Sklerose. Neurol. Centralbl, 1903.

Uhtoff. Beziehungen der Allgemeinleiden etc. Graefe-Saemisch. XXII. 1904.

Varese. Sulla papillite nella sclerosi a placche. Arch. di ottalm. 1899.

Kampherstein. Ueber die Augensymtome der multiplen Sklerose (Arch. fur Aug. XLIX 1903.

Gnauck Ueber Augenstörungen bei multipler Sklerose (Berl. Klin. Woch. 1884).

Hoffman. Ueber das Zussamenkommen von Sehnerven und Ruckenmarksentzundung (Arch. fur Pysch. und Nervenkr. XXXVIII 1891).

Frank. Ueber eine typische Verlausform der multiplen sklerose (Deutsche Zeitsch. fur Nervenheilk XIV 1899).

Peltesohn. Ursachen und Verlauf der Sehnervenatrophie (Centrabl. fur Auge X pe 87. 1886).

F. Lagrange şi E. Valude. Encyclopédie francaise d'opht. VII, 1908 pag. 507.

Marinescu G. Etude sur l'origine et la nature de la sclèrose en plaques (société de neurologie de Paris 15 Mai 1919).

Wilbrand şi Saeger Nurologie des Auges V. v 1918. Die neuritis optici bei der multiplen Sklerose.

Sabrazés şi Cabannes. Ref. Binswanger. Hysterie. Viena 1904.

Treupel. Munch. med. Wochenschraft 1912.

Probst. Deutsche zeischr. f. nervenheilk XII 1902.

Lüttge. Iahresbruchern des Hamburg 1912.

Wendeburg. Neurol. Centralbl. 1908.

Guttman. Zeitschr. f. Klin. Med. 1880.

Pincus. Munch. Med. Wochenschraft. 1907.

Eichorst. Wirch. Arch. f. path. Anat. 1908.

Ceni. Arch. f. Psych. U. Nerv. XXXI.

Ed. Muller. Die multiple Sklerose des Gehirns und Ruckenmarcks. Iena 1904.

Raymond şi Guévara. L'encephale. Mars 1907.

Otto Marburg. Zeitschrift, f. Augenh. 1921.

Lotsch. Prager und Wochenschr. 1906 No. 12 şi 13.

Strassburger. Opht. Klin. 1905 No. 2.

Spiller şi Camp. Journal of. nerv. and Mental. diseas 1904.

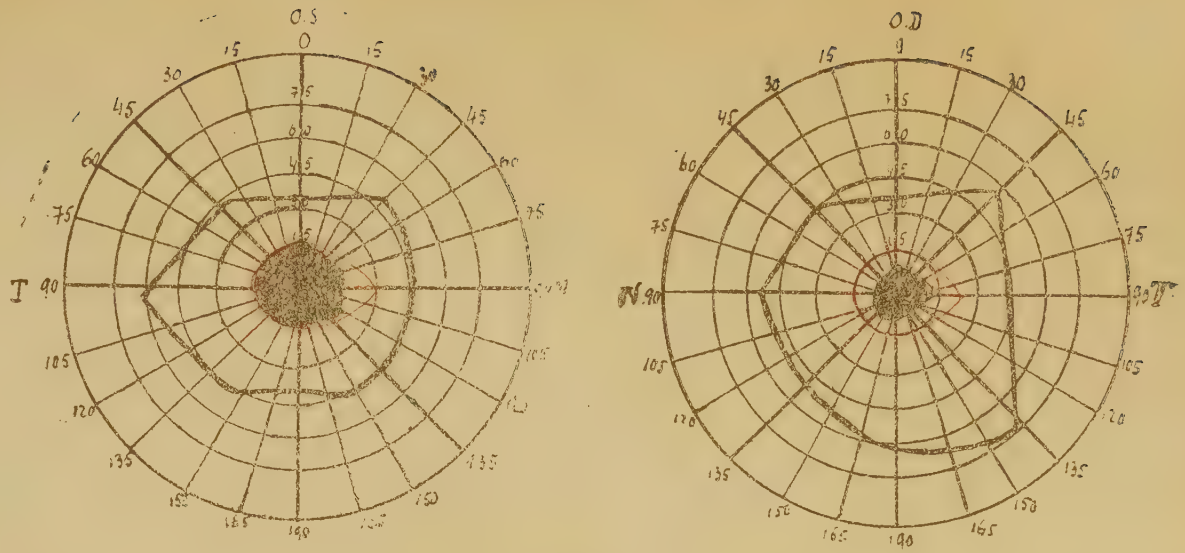
Von Rad. Munch. med. Wochenschr. 1905.

Schlesinger. Iahresber. f. opht. 1908.

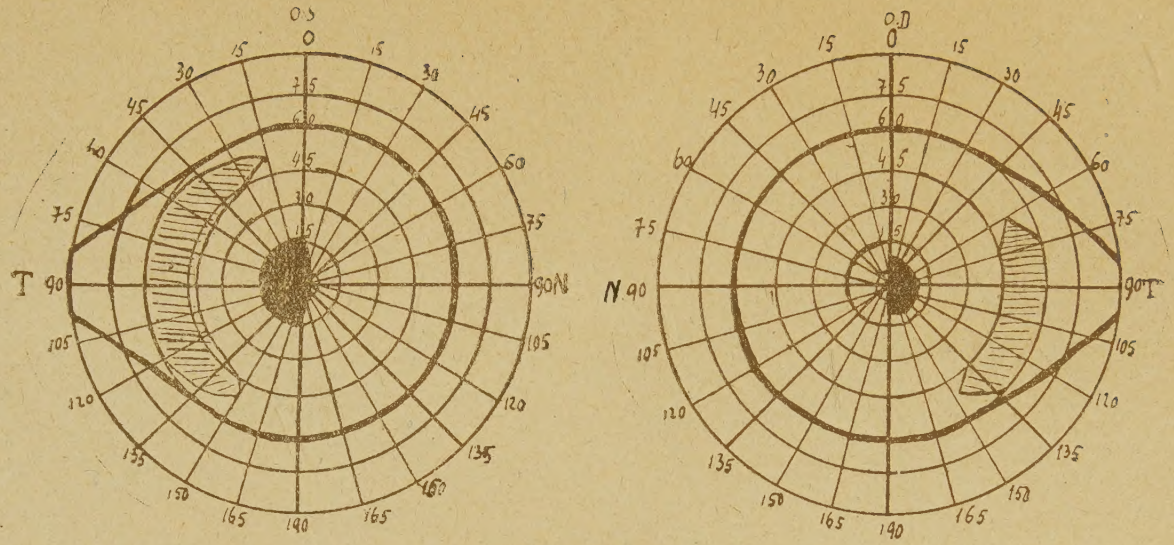
Kurt Mendel. Neurol. centralbl. 1908.

Nagel. Munch. Med. Wochenschrft. 1897.

Bruns. Berlin Klin. Wochenschrft. 1888 No. 5.



PLANȘA No. 1



PLANŞA No. 2

L 28